

# HNO-ÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

Österreich

Vertraulich

(1) JAA Staat, in dem der Antrag gestellt wird:		(2) Beantragte Tauglichkeitsklasse: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 (ATC) <input type="checkbox"/> Sonstige	
(3) Familienname:		(4) früherer Familienname:	(12) Antrag auf: <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchung
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	(13) System Referenznummer:
(8) Geburtsort und -staat:	(9) Staatsangehörigkeit:		(14) Art der beantragten Lizenz:
(401) Einverständniserklärung: Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen, die medizinische Behörde und, sofern erforderlich, die Abteilung Flugmedizin eines anderen Mitgliedsstaates zu. Ich nehme zur Kenntnis, daß diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherten Daten für die medizinische Begutachtung verwendet werden müssen und, vorausgesetzt, daß mir oder meinem Arzt in Übereinstimmung mit nationalen Rechtsvorschriften Einsicht gewährt wird, in das Eigentum der Behörde übergehen. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.			
Datum		Unterschrift des Antragstellers	
		Unterschrift des flugmedizin. Sachverständigen (Zeuge)	

(402) Untersuchungskategorie: <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> erweiterte (Schwerpunkt) Untersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> Sonstige Untersuchung	(403) HNO-ärztliche Vorgeschichte:
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

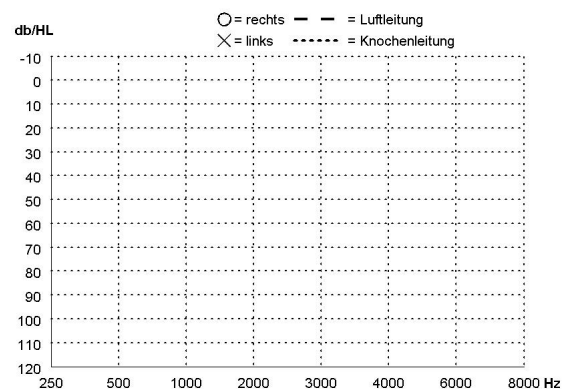
Klinische Untersuchung: jedes Kästchen ausfüllen	normal	abnormal
(404) Kopf, Gesicht, Hals, Kopfhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(405) Mundhöhle, Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(406) Pharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(407) Nasengänge und Nasopharynx einschließlich vordere Rhinoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(408) Gleichgewichtssinn einschließlich Romberg-Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(409) Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(410) Nasennebenhöhlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(411) Äußerer Gehörgang, Trommelfell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(412) Pneumatische Otoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(413) Impedanztympometrie Valsalva-Manöver (nur Erstuntersuchung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusatzuntersuchungen (falls indiziert)	nicht geprüft	normal	abnormal
(414) Sprachaudiometrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(415) Hintere Rhinoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(416) EOG, Spontan- und Lagenystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(417) kalorische Untersuchung oder Drehprüfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(418) Spiegel- und Glasfaserlaryngoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## (419) Reintonaudiometrie

Hz	db (Hörverlust)			
	Luftleitung		Knochenleitung	
	rechtes Ohr	linkes Ohr	rechtes Ohr	linkes Ohr
250				
500				
1000				
2000				
3000				
4000				
6000				
8000				

## (420) Audiogram



(421) HNO-ärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:

## (422) Erklärung des untersuchenden Arztes (HNO-Arzt):

Hiermit erkläre ich, daß ich den in diesem Bericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe und daß dieser Bericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsbefunde vollständig und korrekt wiedergibt.

(423) Ort und Datum:	Name und Adresse des HNO-Arzt (Großbuchstaben)	Stempel des flugmedizinischen Sachverständigen oder Facharztes
Unterschrift des Arztes		
	<b>Telefon:</b> <b>Telefax:</b>	